



## **Solicitud para Recertificación del servicio de El Lift**

**INSTRUCCIONES:** En las páginas 1, y 2 de esta solicitud, El Lift le está pidiendo información acerca de usted y de su habilidad para usar el servicio de autobuses de El Lift. Algunas preguntas son generales y otras específicas, pero todas son importantes. Sírvase tomarse el tiempo necesario para **contestar TODAS las preguntas** cuidadosa y completamente. No podemos completar el proceso de revisión de elegibilidad sin esta información. No hay problema si un amigo, tutor, proveedor de cuidados, representante de servicio de una agencia o un familiar, le ayuda a contestar la parte que le corresponde en la solicitud, específicamente las páginas 1y 2. Esta persona deberá proporcionar información precisa sobre usted, su discapacidad médica y su capacidad funcional. Si le ayudan a llenar su solicitud, la persona que le está ayudando deberá identificarse en la página 2.

La aplicación completa debe devolverse a:

Laredo Transit Management, Inc.- El Metro  
Departamento de El Lift  
401 Scott  
Laredo, Texas 78041

### **INFORMACIÓN GENERAL – SE DEBE PROPORCIONAR TODA LA INFORMACIÓN SOLICITADA**

¿Ha solicitado alguna vez los servicios de El Lift o una tarjeta con tarifa de descuento?

NO  SÍ  FECHA: \_\_\_\_\_ **Numero ADA de El Lift** \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Domicilio de la casa: \_\_\_\_\_ Apt# \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_, Código de entrada \_\_\_\_\_ Sexo M/F \_\_\_\_\_

Nombre de la institución y/o Complejo de apartamentos: \_\_\_\_\_ Código de entrada: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Tel. en horas hábiles: \_\_\_\_\_ Tel. celular: \_\_\_\_\_

Contacto para casos de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Tel. en casos de emergencia: \_\_\_\_\_ Tel. en horas hábiles: \_\_\_\_\_

¿En que consiste la discapacidad o condición de salud \_\_\_\_\_

¿Le acompaña un asistente de cuidado Personal (PCA) y/o un animal de servicio cuando sale usted de su hogar? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si la respuesta es "Si" favor de proporcionar el nombre del PCA y/o el tipo de animal de servicio:

¿Qué formato de comunicación sería más apropiado para que nos comuniquemos con usted?

Inglés \_\_\_\_\_ Español \_\_\_\_\_ Braille \_\_\_\_\_ TDD \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

**\*\*\*INFORMACIÓN INDIVIDUAL Y DE MOVILIDAD:**

¿Qué tipo de dispositivos de ayuda usa usted cuando viaja? (Marque todos los que sean aplicables).

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bastón de apoyo       | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual*    | <input type="checkbox"/> Animal de servicio entrenado |
| <input type="checkbox"/> Muletas               | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica* | <input type="checkbox"/> Dispositivo de comunicación  |
| <input type="checkbox"/> Férula para pierna(s) | <input type="checkbox"/> Motoneta eléctrica*        | <input type="checkbox"/> "Bastón blanco"              |
| <input type="checkbox"/> "Andador" de aluminio | <input type="checkbox"/> Oxígeno portátil           | <input type="checkbox"/> Ninguno                      |
| <input type="checkbox"/> Otro (describa):      |   |   |

**\*\*\*Si viaja en silla de ruedas o motoneta, debe proporcionar la siguiente información:**

- a. Tipo (¿silla de ruedas?, ¿motoneta?): \_\_\_\_\_ Marca: \_\_\_\_\_ Modelo # \_\_\_\_\_
- b. Medidas: ancho (exterior de rueda a rueda): \_\_\_\_\_" longitud (largo de punta a punta) \_\_\_\_\_"
- c. Peso combinado del aparato ocupado (peso de la silla + peso del usuario) \_\_\_\_\_ lbs.
- d. Accesorios o características, por ejemplo, extensión para pierna, etc. \_\_\_\_\_

=====

**INFORMACIÓN DE SU MÉDICO DE CABECERA:**

Nombre de Medico: \_\_\_\_\_ Teléfono de oficina: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL SOLICITANTE:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

**Si esta solicitud ha sido llenada por una persona que no es la que solicita la certificación, esa persona deberá contestar lo siguiente:**

Nombre \_\_\_\_\_

¿Cuál es su relación con el solicitante del servicio? \_\_\_\_\_

Dirección postal \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Tel. durante horas hábiles: \_\_\_\_\_ Tel. celular: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**FOR OFFICE USE ONLY**

[ ] Approved [ ] Denied By \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Expiration Paratransit Service Date: \_\_\_\_\_

**Current El Lift Customer Paratransit ADA number:** \_\_\_\_\_